

Certificación

Departamento de Salud del Estado de Mississippi
P.O. Box 1700
Jackson, MS 39215

Con mi firma suscrita, certifico que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad, de la Información Médica Protegida proveniente del Departamento de Salud del Estado de Mississippi.

Nombre del Paciente: (Escriba en letra de imprenta) _____

1) Firma: _____

Fecha: _____

Padre de familia o tutor legal de pacientes menores de edad

Otro (especifique) _____